|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01204R (07/2022) | | **STATE OF WISCONSIN** | |
| **УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ – ПРОГРАММА IRIS**  **NOTICE OF ACTION – IRIS PROGRAM** | | | |
| Имя участника (фамилия, имя) | | Issuing IRIS Agency  ICA | |
| Контрольный номер NOA | Дата принятия решения | | Дата вступления в силу |
| Настоящим уведомлением ставим Вас в известность, что по программе IRIS мы приняли решение select action Вам | | | |
| Данное решение было принято на основании следующего: | | | |
| Определение специализированной транспортировки не предусматривает выплату компенсации самому себе. | | | |
| Ваш запрос не соответствует определению услуги альтернативной программы IRIS (Medicaid Waiver Service). | | | |
| Ваш запрос не соответствует определению специализированных товаров, услуг или поддержки (Customized Goods, Service, or Support). | | | |
| Ваш запрос не является эффективным способом обеспечения Ваших целей. | | | |
| Ваш запрос не считается безопасным способом обеспечения Ваших целей. | | | |
| Ваш запрос не считается наиболее финансово выгодным способом обеспечения Ваших целей. | | | |
| Установлено, что заявка была подана с мошенническими целями. | | | |
| Рассмотренная заявка покрывается планом Medicaid штата (Medicaid State Plan). | | | |
| Рассмотренная заявка не покрывается утвержденным планом. | | | |
| |  | | --- | | У Вас имеется неоплаченная доля расходов, которую необходимо оплатить, прежде чем вы сможете повторно зарегистрироваться в программе. | | | | |
| |  | | --- | | Вы были ранее исключены из программы из-за бюджета и/или полномочий работодателя. | | | | |
| |  | | --- | | Вы не разработали план IRIS. | | | | |
| Представленной на сегодня документации недостаточно для обоснования Вашей заявки. | | | |
| Вы не можете оставаться в программе IRIS из-за несоответствия функциональным критериям. | | | |
| Для обеспечения Ваших целей данный товар, услуга или поддержка не требуются. | | | |
| Условия, в которых Вы проживаете, не дают Вам право на сохранение участия в IRIS. | | | |
| Вы не выполнили требования к поддержанию контакта. | | | |
| Ваши цели уже обеспечиваются другим способом, и заявка дублирует имеющиеся услуги. | | | |
| Предоставляемый товар, услуга или поддержка были утверждены ошибочно. | | | |
| Данный товар, услуга или поддержка не предусмотрены утвержденной альтернативной программой HCBS (HCBS Waiver). | | | |
| То, о чем Вы просите, противоречит политике IRIS (IRIS Policy). | | | |
| Вы не отвечаете критериям, установленным для получения дополнительной помощи SSI-E Supplemental Benefit | | | |
| Вы не имеете права на услуги самоуправляемого личного ухода. | | | |
| А именно, | | | |